

# Indicación de CDI en paciente portador de miocardiopatía isquémico-necrótica - 2006

Dr. Simón Pero

Paciente de 59 años de edad con miocardiopatía isquémico necrótica. Hipertenso, tratado y controlado, dislipémico tratado y controlado y exabajaquista. Con infarto de miocardio de cara anterior hace 12 años, con severo deterioro de la función ventricular. (FE 19% por radio cardiograma), con infarto anterior con isquemia miocárdica anterior leve, en una prueba máxima, baja tratamiento por imposibilidad de suspender el mismo. Alcanzó 750 kgm en cicloergometro y su FC máxima fue de 106 lpm.

Se encuentra en clase funcional II, con una excelente calidad de vida, y no presenta angor.

Antecedentes de **taquicardia ventricular sostenida** que requirió cardioversión eléctrica en dos oportunidades, en la última ocasión impregnado con amiodarona (400 mg día durante un año para un peso de 80 kg).

El paciente va a ser estudiado igual con CCG, pero me planteo la necesidad de colocarle un CDI aunque se pueda revascularizar algún vaso. No tiene aneurisma ventricular ni tenía alteraciones electrolíticas en los dos episodios de TV. Por la obra social del paciente se le negó inicialmente el mismo, me pregunto hasta qué punto tenemos que demostrar que un equipo que en otro lugar del mundo se coloca simplemente por IAM y FE menor de 30%, es necesario para una persona, ¿será que tiene que morir y resucitar delante del auditor?

Simón Pero

---

Estimado colega, creo que no hay dudas que tu paciente necesita de un CDI para prevención secundaria de MS -episodios recurrentes de TVMS que requirió CVE que interpreto por descompensación hemodinámica- (clase I).

La CCG se impone, pero no creo que la isquemia esté generando su TV, allí hay sustrato que produce su TV. Y si hay posibilidad de revascularizar, la misma debe ser completa y luego le haría una EVP, que en la mayoría de los casos se induce, porque insisto, hay sustrato.

Aquí el problema no es médico sino administrativo, no es tu problema, el problema lo tiene el paciente con la obra social. Vos tenés que indicar lo que corresponde y el paciente debe hacer los reclamos legales (recurso de amparo, etc.) que corresponda. Quién dice que no, no sos vos, es el auditor o quien sea. Vos lo único que tenés que demostrar es que científicamente tu decisión es correcta.

Un abrazo.

Oscar Pellizzón

---

Sí, yo lo tengo claro a todo eso pero me da impotencia que una persona que no se si sabe que es el ritmo sinusal me diga que no (auditor) y encima que es médico como yo. Lo de inducir no se lo haría porque si no me da le indico igual y si me da también. Gracias por el aliento y esperemos que se lo den. Si era otra obra social ni renegaba.

Simón Pero

---

Estoy de acuerdo completamente con el Dr. Pellizzon.  
Hay suficiente evidencia de que el CDI está indicado en estos pacientes (sin necesidad de EEF postrevascularización inclusive), porque ésta no protege completamente al paciente (ver subestudio registro AVID).

Dr. Silvano Diangelo

---

Colega:

Estoy de acuerdo con Ud. que el paciente tiene factores que pueden inducir TV, ya que es un paciente isquémico que tiene alteraciones miocárdicas para la inducción de la arritmia. Por la ocurrencia de dos episodios, y aunque se controlen estos con amiodarona, es necesario implantar un DAI para evitar la muerte súbita. En mi país no existen esos problemas administrativos, se discute el caso en el servicio de arritmias, y si existe el equipo, se le propone el proceder y si él lo decide, se realiza la implantación del mismo, sin costo alguno de cama u otros procedimientos. El problema que presentamos es la poca disponibilidad de los mismos, ya que no fabricamos los DAI, y el gobierno los compra en el exterior, aunque no se les cobre el mismo a la población. Por eso me resulta un poco difícil poder darte una opinión sobre el camino legal a seguir. Lo que si no cabe duda es la necesidad de implantar el dispositivo al paciente.

Saludos,

Dr. Geovedy Martínez García  
Instituto de Cardiología, Cuba

---

Estimado amigo, coincido con vos con la inducibilidad, era solamente un elemento más para certificar tu acertada decisión.

Este dilema no es científico (el objetivo de este foro) y me lo he planteado muchas veces, lo he conversado con auditores amigos (ellos saben de otras cosas que nosotros no sabemos), y cuando vos los escuchás, cada uno defiende el lugar dónde se encuentra. A ellos les paga la obra social o quien sea (son empleados), por lo tanto defienden su "bolsillo" y su fuente de trabajo.

La pelea o discusión no debe ser entre nosotros, no es una lucha de poder o de potencia o impotencia, es el "bendito sistema". Por lo tanto este problema trasciende a nuestras posibilidades, nosotros no podemos dar respuesta a todo y la ciencia tampoco.

De allí que si nuestras organizaciones no pueden o no quieren dar respuesta, la "justicia" tendrá que hacerse cargo.

Este tema puede generar un gran debate porque seguramente existen muchas opiniones, como leí alguna vez de un filósofo español "los argentinos pueden juntarse pero no unirse".

Un abrazo y suerte.

Oscar Pellizzón.

---

no tengo dudas de la indicación del CDI, tampoco de las complicaciones en este país para colocarlo según la obra social, como dijo el Dr. Pellizzon el auditor es un empleado, la culpa no es de él sino del sistema.

Creo que hay ciertos valores de equipamientos que al ser traídos del exterior tienen valores muy altos, no dejo de pensar cada vez que hay un CDI dando vueltas (y con esto no opino que esté en contra de su colocación) en la cantidad de cirugías o angioplastias o de marcapasos DDD (en lugar de VVI) que uno podría indicar, esto no lo pienso sólo por los CDI, algunas drogas oncológicas tienen valores excesivos, pero es la medicina con la que nos manejamos, nosotros tenemos que seguir haciendo lo que creemos en base a nuestro leal saber y entender, lo otro ya es problema de la obra social. ¿  
Está claro que estos temas no son los que uno quisiera discutir en el foro, tampoco podemos excluirnos de la realidad que se vive. No me voy a olvidar en este mismo foro de un colega no me acuerdo el país que no tenía la posibilidad de solicitar un marcapaso. No se si es una solución pero quizás habría que subsidiar ciertas prestaciones.

Ignacio RETAMAL - Córdoba Argentina

---

Por donde le mires es indicación clase I el implante de un DAI en ese paciente. No sé qué directrices o guías maneja el medico auditor en esta cuestión, y no se hasta que punto es problema del paciente con su mutual, es cierto que con nuestra indicación de DAI ya estamos diciendo que lo necesita y legalmente estaremos tranquilos, pero si se lo niegan, ¿termina ahí nuestra función?.....siempre pensando en el paciente, a veces me pregunto si deberíamos hacer algo desde las sociedades científicas, es pesado cargar la responsabilidad de la MS en la conciencia, es como que podríamos haber hecho algo mas, es una cuestión de compromiso con el enfermo, pues se trata de prevención de MS. Así como están las cosas todo lo escrito en las guías clínicas de las diferentes sociedades científicas de cardiología que adoptamos (SEC, ACC, AHA, NASPE, etc.) tienen un vacío muy grande.

Tomás Campillo.

Saludos.

---

Estimado colega, este paciente tiene indicación clara para colocación de DCI, pero antes se deben determinar los parámetros para disincronía ventricular, que muy probablemente la tenga, y de comprobar la existencia de la misma la indicación sería resincronizador más DCI.

Manuel Paulo

---

Las indicaciones de resincronización son en clase funcional III IV. Yo si estoy de acuerdo en colocar TRC a este paciente en clase I (recuerde que tenia excelente calidad de vida) si estuviese muy disincrónico por eco o dependiera del estímulo del dispositivo, pero no es ninguna de las dos situaciones. Por eco no tiene asincronía y tiene un septum de menos de 0,7 cm por lo que por más que tenga isquemia leve anterior no sería pasible de revascularización. Aunque si se hubiese podido por ATC lo hubiera hecho igual pero en la CCG tiene una DA 100 y que se llena su lecho distal por circulación homocoronariana y heterocoronariana grado 2. No creo que operarlo lo beneficie. También pensé en un DOR (se lo pienso consultar al mismísimo Vincent Dor en lo del FLENI la semana próxima) pero no creo que el paciente que por otro lado no siente casi nada esté dispuesto ni yo lo estoy a tomar el riesgo de una cirugía con esa fracción de eyección cuando los beneficios no van a ser muchos. Tampoco hacen Dor mis cirujanos por lo que tendría que derivarlo

Atte.

Simón Pero.

---

Estimados compañeros con respecto a la colocación de CDI debe estar de acuerdo con la indicación médica que le asegure el paciente la mejor calidad de vida posible no solo física sino psíquica y moral independientemente de lo que opine la parte comercial de una obra social o prepaga.

Si es necesario debería buscar asesoría legal con un profesional especializado en los derechos de las personas a recibir la adecuada atención médica integral.

Graciela Juárez

---

No estoy de acuerdo en la colocación de CDI en este tipo de paciente, hasta tanto no se haya realizado una cinecoronariografía.

Considero que hasta que no se haya comprobado posibilidad de revascularización en este paciente, no se incluye al mismo como Indicación clase I de implante.

Juan Pablo Giraud

---

Independientemente de que ya se hizo la CCG y la DA es un vaso ocluido que se llena por circulación colateral grado tres. Con malos lechos.

Un paciente que está totalmente asintomático, salvo su TV con 19 % de FEy y con un MIBI que muestra isquemia leve anterior con un Infarto de la misma cara de 12 años de evolución.

Claro que podría ser pasible de una ATC y no cirugía o hasta operarse sin problemas.

¿Pero luego qué le hacemos?

EEF, si me da negativo ¿qué tranquilidad me da?

Le hago señal promediada o Holter, ¿qué valor predictivo negativo tendremos?

Alternancia de la onda T, mejor.

¿Con qué método cree que se podría decirle al paciente que se quede tranquilo, y a la familia sobre todo que no le va a pasar nada?

Si se lo piensa como prevención primaria y yo no lo veo así.

Por el MADIT II es clase I ya que de 19% no se va a ir a 35%.

Sin embargo las guías americanas no sé a cuáles se refiere UD al decir que no es clase I; dicen que en prevención secundaria (ya tuvo TV que necesito CVE) se debe buscar isquemia y tratarla antes para hacer más seguro el choque de prueba. pag 24.

No que no se debe colocar un CDI. Pero todo vuelve a lo mismo: si sale 600 dólares como un VVI nadie dice nada. ¿Cuántos habrá puestos al vicio?

Si es caro nadie quiere ponerlo. Bueno no hay que discutir más de CDI si CDI no hay que hacerlos más accesibles.

Simón Pero

---

Supongo yo que cada profesional tiene su propio criterio para decidir o no un CDI (en este caso el médico auditor), y que estos criterios se basan en estudios, la práctica, estadísticas, los reportes de otros médicos y centros especializados, basándonos en esto acá les doy las guías de la ACC/AHA para la indicación de CDI (Por si algunos todavía no la conocen):

Las recomendaciones mayores incluyen:

1. Implante de CDI en pacientes con TV espontánea no pasible de otro tratamiento sin enfermedad cardiaca estructural (Clase I)
2. Implante de CDI en pacientes con cardiopatía coronaria por lo menos un mes post IAM y 3 meses post revascularización coronaria y FE < 30 % (Clase II a)
3. Implante de CDI en pacientes con síncope de causa desconocida o historia familiar de muerte súbita cardiaca asociado a bloqueo de rama derecha típico o atípico y elevación del segmento ST (S de Brugada) (Clase II b)
4. Implante de CDI en pacientes con síncope y enfermedad cardiaca avanzada en quienes los estudios invasivos o no invasivos han fracasado para definir su origen (Clase II b).

El gran cambio en prevención primaria fue el agregado en clase II a (nivel de evidencia B) para pacientes con cardiopatía coronaria por lo menos un mes post IAM y 3 meses post revascularización coronaria y FE < 30 % (llamado indicación tipo MADIT II). Esta nueva recomendación está basada en el resultado de un estudio prospectivo, randomizado que incluyó más de 1.200 pacientes que demostró una reducción del riesgo relativo del 31% para mortalidad total en el grupo de pacientes que recibieron un CDI.-

Por lo expuesto creo que su paciente tiene completa indicación de CDI aún sin realizarle antes la cinecoronariografía.-  
Espero que mi simple colaboración le sea de su ayuda .-

Carlos Mario Abreguz

---

El hecho de tener Cardiopatía Isquémica Crónica con FV deprimida y episodio de TV sostenida es Indicación Clase I para CDI (Task Force 2005 IMEST), independientemente de tener criterio o no de revascularización quirúrgica o percutánea (aunque de tenerla mejoraría mucho mas su pronóstico); ya que esta es la alternativa con mayor índice de sobrevida para MS en prevención secundaria.

Yo evaluaría además índices de asincronía; considerando Resincronizador + DCI.

Ricardo Barrios

---

El paciente presenta patología estructural y funcional con TV, buena calidad de vida; aunque se revascularice nada impide que se le coloque un CDI como método preventivo de futuras arritmias sin abandonar el tratamiento farmacológico. En cuanto a la relación costo beneficio me inclino por el segundo.

Cada paciente es único y hay que agotar todos los recursos para que su sobrevida sea mayor y mejor. Eliminar solo el sustrato isquémico no teniendo en cuenta el IAM anterior como sustrato eléctrico no me asegura que no reitere los episodios de arritmia ventricular.

Graciela Juárez

---

Si tiene evidencias de viabilidad miocárdica debe intentarse la revascularización y luego evaluar el riesgo de MS,

Saludos

Francisco Femenia

---

Es un enfermo con un corazón estructuralmente dañado, con IAM anterior previo, disfunción ventricular severa y que ha tenido dos episodios de TV espontáneas con reversión eléctrica, creo que hay terreno para una arritmia maligna y MS.

En estos pacientes el estudio MADIT II evidenció una reducción significativa de la mortalidad y reducción del riesgo relativo de muerte del 31% al colocar un DAI vs terapia convencional.

Su enfermedad coronaria no parece ser tan significativa, es un enfermo sin angor, Personalmente no creo que revascularizando se solucione su arritmia maligna, insisto en que su prevención de MS pasa por un DAI, pero también le haría una CCG.

Saludos.

Tomás Campillo.

---

Estimado Dr. Pero

Estoy plenamente de acuerdo con Ud. No hay ninguna duda que el paciente DEBE RECIBIR un cardiodesfibrilador pues el sustrato necrótico es el responsable de su arritmia independientemente de que tenga o no isquemia.

Cordialmente

Dr. Carlos Lavergne. Neuquen. Patagonia Argentina